



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Kennisnotitie

Inventarisatie Kwaliteitskader spoedzorgketen 2026

Inleiding

Het RIVM analyseert in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) sinds 2022 het zorgaanbod voor de spoedeisende hulp (SEH) in Nederland middels de normen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen (1). Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, hierna Kwaliteitskader genoemd, is een landelijk kader met ruimte voor regionale invulling. Het gaat in op hoe partijen in de zorg met elkaar samenwerken om iedere patiënt met een spoedzorgvraag goede kwaliteit van zorg te bieden. Het Kwaliteitskader beschrijft de minimale vereisten voor de (regionale) organisatie van spoedzorg en bevat normen voor verschillende stappen uit de spoedzorgketen: melding, triage, zorgcoördinatie, diagnostiek en behandeling, en coördinatie van uitstroom. Het Kwaliteitskader is in februari 2020 door het Zorginstituut Nederland vastgesteld en opgenomen in haar Register¹. Deze publicatie richt zich specifiek op de vijftien normen van het Kwaliteitskader die betrekking hebben op de SEH.

De Landelijke Spoedzorgtafel (LST) heeft de afgelopen maanden gewerkt aan actualisatie van het Kwaliteitskader Spoedzorgketen. Deze versie 2.0 wordt naar verwachting in het najaar formeel vastgesteld en daarna aangeboden aan het register van Zorginstituut Nederland. Van vier normen wordt er een actualisatie verwacht in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen 2.0. Dit betreft onder andere aanpassingen van de normen voor triage en hertrage en van de normen voor de bereikbaarheid en beschikbaarheid van diverse specialismen.

Voor alle normen uit het Kwaliteitskader, zowel de vijftien eerder vastgestelde normen als de vier normen die waarschijnlijk in versie 2.0 gewijzigd worden, is onderzocht of ziekenhuizen voldoen. Dit is gedaan door middel van twee vragenlijsten onder ziekenhuizen met een afdeling SEH. In deze kennisnotitie worden de resultaten gepresenteerd van beide inventarisaties.

Tot vorig jaar werden de resultaten van de inventarisatie van de normen uit het Kwaliteitskader in één verslag gepresenteerd met de resultaten van de jaarlijkse bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde. Voor de leesbaarheid van beide analyses worden de resultaten vanaf dit jaar in aparte kennisnotities gepubliceerd. Eén notitie voor de inventarisaties van het Kwaliteitskader en één notitie voor de resultaten van de bereikbaarheidsanalyse.

Vragenlijst onder ziekenhuizen met SEH

Om te inventariseren in hoeverre ziekenhuizen met een SEH voldoen aan de normen uit het Kwaliteitskader zijn er twee digitale vragenlijsten uitgezet. Een gericht op de eerder vastgestelde normen (de reguliere vragenlijst) en een gericht op te actualiseren normen (de extra vragenlijst). Voor het invullen van deze vragenlijsten zijn de Raden van Bestuur van ziekenhuizen met een SEH aangeschreven om contactpersonen door te geven. Deze zijn vervolgens uitgenodigd om aan de vragenlijst deel te nemen.

RIVM

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T 088 689 91 11

Auteurs:

T.A. Hulshof,
I. Brus,
S. Brukx,
P. Kemper,
G.J. Kommer

Centrum:

VZM

Contact:

acutezorg@rivm.nl

Kenmerk:

KN-2026-0068

DOI:

10.21945/RIVM-KN-2026-0068

Datum:

25 juni 2026

De reguliere vragenlijst is uitgezet in de periode van eind februari tot eind maart 2026 onder alle, in totaal 79, ziekenhuislocaties met een SEH-afdeling. Net als in 2025 zijn in 2026 alle vijftien normen uit het Kwaliteitskader die van toepassing zijn op de SEH uitgevraagd. De vragen gaan bijvoorbeeld over de aanwezigheid of beschikbaarheid van artsen, verpleegkundigen en faciliteiten voor diagnostiek en behandeling en over het gebruik van systematische triagesystemen.

De reguliere vragenlijst bestaat uit vier onderdelen; 1) SEH, 2) Acute Verloskunde, 3) Overige Specialistische Zorgfuncties en 4) SEH en andere spoedzorgvoorzieningen. Dit verslag presenteert resultaten van onderdeel 1 van de vragenlijst. Resultaten van onderdeel 1 en 2 worden gebruikt in de bereikbaarheidsanalyse SEH's en acute verloskunde 2026. Geaggregeerde resultaten van onderdeel 3 en 4 worden in een later stadium gepresenteerd op de website VZinfo.nl (2) en gepubliceerd in een separate kennisnotitie over spoedzorglocaties (3) (verwacht najaar 2026).

Vanwege de voorgenomen wijzigingen van een aantal normen aan de LST, is in de periode van eind april tot half mei een extra vragenlijst uitgezet onder dezelfde 79 ziekenhuizen met een SEH-afdeling. Deze extra vragenlijst bevatte alleen vragen over de vier te wijzigen normen uit het Kwaliteitskader die betrekking hebben op de SEH en geen andere onderdelen.

De resultaten van zowel de reguliere als de extra inventarisatie zijn afgestemd met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De IGJ gebruikt de resultaten van de inventarisatie als startpunt bij haar eigen toezicht op de kwaliteit van zorg. In dit verslag worden de antwoorden van de ziekenhuizen op geaggregeerd niveau gepresenteerd.

Resultaten inventarisatie normen Kwaliteitskader Spoedzorgketen

Alle 79 aangeschreven ziekenhuizen met een SEH hebben de reguliere vragenlijst en de extra vragenlijst ingevuld. Op basis van de resultaten van de inventarisaties is nagegaan in hoeverre de ziekenhuizen het Kwaliteitskader hebben geïmplementeerd. Hieronder wordt op geaggregeerd niveau verslag gedaan van de resultaten van de inventarisatie. Een volledig overzicht van de antwoorden is te vinden op data.rivm.nl (4). Tevens is in dat volledige overzicht informatie opgenomen over het aanbod van acute verloskunde. Het gaat dan bijvoorbeeld om informatie over welke type zorgmedewerkers er beschikbaar zijn binnen en buiten kantooruren.

De vragen in de vragenlijst hebben niet allemaal dezelfde antwoordcategorieën. Deze worden daarom apart van elkaar beschreven. Hieronder is voor 13 van de 15 vragen met dezelfde antwoordcategorie, aangegeven hoeveel ziekenhuizen de norm uit het Kwaliteitskader hebben geïmplementeerd (Ja) of niet (Nee). Indien een ziekenhuis een bepaalde norm (nog) niet heeft geïmplementeerd, is er gevraagd naar een toelichting om inzicht te krijgen waarom een bepaalde norm (nog) niet geïmplementeerd is en hoe dit momenteel wordt opgevangen. Tevens is er een vergelijking gemaakt met de resultaten uit 2025. Opvallende verschillen worden in de beschouwing van dit verslag beschreven.

Na analyse van de extra vragenlijst bleken er een aantal inconsistenties te zitten in de opgegeven antwoorden van enkele ziekenhuizen. Door middel van een additionele mailing zijn de ziekenhuizen die het betrof benaderd voor aanvullende toelichting. Van de meeste ziekenhuizen heeft het RIVM een reactie ontvangen en op basis daarvan een aanpassing gemaakt in de opgegeven antwoorden.

Geaggregeerde resultaten 2025 en 2026

1. Is er tijdens openingstijden van de SEH minimaal één gediplomeerde SEH-verpleegkundige of Medisch hulpverlener SEH (BMH) aanwezig die naast aantoonbare werkervaring op de SEH minimaal al het volgende onderwijs heeft gevolgd:

- Een basisopleiding tot verpleegkundig beroepsbeoefenaar of BMH
- Een verpleegkundige vervolgopleiding op het gebied van SEH en specifieke trainingen op het gebied van triage
- Een training in een systematische opvang van een trauma patiënt, zoals de Trauma Nursing Core Course (TNCC)
- Een training in de systematisch opvang van een vitaal bedreigd kind, zoals Emergency Nursing Pediatric Course (ENPC)

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja, is altijd aanwezig	79	79
Nee, is niet altijd aanwezig	0	0

2. Gebruikt uw SEH gedurende openingstijden een systematisch triagesysteem dat voldoet aan de minimale eisen:

- Betrouwbaar, valide en hanteerbaar voor alle patiënten
- Effectief
- Toepasbaar in Nederland
- Kwaliteitswaarborging van de scholing

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja	79	79
Nee	0	0

3. Wordt tijdens de openingstijden van de SEH de triage door de SEH-verpleegkundige maximaal 5 minuten na binnenkomst van de patiënt gestart? En is binnen 10 minuten na binnenkomst de urgentieclassificatie van de patiënt bepaald en geregistreerd?

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja, altijd binnen 5 min. gestart, binnen 10 min. bepaald en geregistreerd	64	56
Nee	15	23

Toelichting: De ziekenhuizen die hier 'nee' hebben geantwoord geven aan dat dit wel het streven is maar dat dit in de praktijk door drukte niet altijd wordt gehaald.

Nieuw vast te stellen kwaliteitsnorm:

3.1. Wordt tijdens de openingstijden van de SEH de triage door de SEH-verpleegkundige bij 95% van de patiënten maximaal 5 minuten na binnenkomst gestart en is binnen 10 minuten na binnenkomst de urgentieclassificatie van de patiënt bepaald en geregistreerd?

Antwoordcategorie	2026
Ja	62
Nee	17

Toelichting: Er zijn 17 ziekenhuislocaties die aangeven dat de norm in de praktijk niet wordt gehaald door bijvoorbeeld werkdruk. Hiervan zijn 14 locaties die in de reguliere uitvraag ook hebben aangegeven de norm niet te halen. Drie locaties gaven bij de reguliere uitvraag aan wel te voldoen en bij de extra uitvraag niet.

4. Voert de SEH-verpleegkundige hertriage uit indien de gezondheidstoestand van de patiënt verandert óf de wachttijd (conform triagesysteem of op basis van lokaal geldende afspraken) is overschreden?

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja	70	69
Nee	9	10

Toelichting: Ziekenhuizen die aangeven niet te voldoen geven verschillende redenen waarom de hertriage niet wordt uitgevoerd. Soms worden patiënten wel herbeoordeeld maar vindt er geen nieuwe registratie plaats, of de registratie wordt pas later vastgelegd. In andere gevallen wordt de patiënt binnen de gestelde termijn gezien en is hertriage niet nodig.

Nieuw vast te stellen kwaliteitsnorm:

4.1. Voert de SEH-verpleegkundige hertriage uit indien de gezondheidstoestand van de patiënt verandert óf de wachttijd is overschreden, waarbij onderscheid kan worden gemaakt in patiëntcategorieën (conform triagesysteem of op basis van lokaal geldende afspraken)?

Antwoordcategorie	2026
Ja	71
Nee	8

Toelichting: Alle acht ziekenhuizen hebben in de reguliere uitvraag ook 'nee' geantwoord op de vraag over hertriage. Redenen die worden genoemd zijn onder andere dat er wel naar wordt gestreefd maar dat het door verschillende factoren niet altijd mogelijk is.

5. Is er tijdens de openingstijden van de SEH tenminste één SEH verpleegkundige verantwoordelijk voor de fysieke triage en altijd direct beschikbaar voor fysieke (her)triage?

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja	78	78
Nee	1	1

Toelichting: Eén ziekenhuis geeft aan dat een medewerker HAP buiten kantoortijden verantwoordelijk is voor de (her)triage.

6. Beschikken zorgverleners op de SEH tijdens openingstijden over, en maken zij gebruik van, actuele informatie over de beschikbaarheid van capaciteit (waaronder specifieke opvangcapaciteit)?

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja, informatie over beschikbaarheid van capaciteit van het eigen ziekenhuis is beschikbaar	21	17
Ja, informatie over beschikbaarheid van capaciteit van het eigen ziekenhuis en capaciteit elders in de regio is beschikbaar	58	62
Nee, is niet beschikbaar	0	0

7. (aanbeveling)^a. Is er tijdens openingstijden van de SEH altijd een SEH-arts of medisch specialist op de SEH aanwezig die minimaal de cursus Advanced Life Support (ALS) en de cursus Advanced Pediatric Life Support (APLS) afgerond heeft?

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja, altijd fysiek op de SEH aanwezig	47	52
Ja, altijd aanwezig in huis en <5 min. aan het bed	18	16
Nee, niet altijd aanwezig	14	11

7a. (norm)^b. Indien de SEH-arts of competent medisch-specialist niet altijd fysiek op de SEH aanwezig is, is op die momenten dan een ervaren arts-assistent^c (aios/anios) op de SEH aanwezig? (N=27)

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja, altijd fysiek op de SEH aanwezig	20	20
Ja, altijd aanwezig in huis en <5 min. aan het bed	4	5
Nee, niet altijd aanwezig	8	2

Toelichting: Twee ziekenhuizen geven aan dat zij niet altijd beschikken over een ervaren arts-assistent. Eén ziekenhuis geeft aan ten tijde van de vragenlijst niet te voldoen, maar per Q3 wel. Een ander ziekenhuis geeft aan dat niet wordt voldaan aan de norm, hoewel er wel altijd een arts-assistent met SEH-ervaring aanwezig is. Op basis van de toelichting kan niet worden beoordeeld of deze ervaring voldoet aan de bovengenoemde eisen.

8. Heeft de arts op de SEH ervaring met spoedeisende hulpverlening, en is deze in staat om bij patiënten van alle leeftijden:

- *De vitale bedreiging direct te onderkennen.*
- *De patiënt te reanimeren en te stabiliseren op volgorde van behandelprioriteit.*
- *De ernst van het klinisch beeld snel en accuraat te kunnen bepalen.*
- *Te bepalen of de benodigde zorg aan de patiënt de mogelijkheden van de eigen expertise, de eigen afdeling of het eigen ziekenhuis of overstijgen.*
- *Er zorg voor te dragen dat de patiënt de best mogelijke zorg ontvangt en de zorg niet verslechtert tijdens evaluatie, reanimatie en verplaatsing van de patiënt naar een andere omgeving dan de SEH.*

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja	79	79
Nee	0	0

^a De status 'aanbeveling' is in het kwaliteitskader spoedzorgketen toegekend, indien:
 - normstelling niet gewenst is, omdat de beschreven inhoud/organisatie van zorg mogelijk niet in iedere regio gewenst is;
 - normstelling in dit stadium niet mogelijk is, omdat hiervoor acties nodig zijn van partijen die niet betrokken waren bij de opstelling van het kwaliteitskader spoedzorgketen.

^b De norm is beschreven in een standpunt- of visiedocument en/of is benoemd als gewenste norm in de patiënt journeys en/of Expertgroep en/of Stuurgroep van het kwaliteitskader spoedzorgketen.

^c met minimaal 1 jaar klinische ervaring waarvan tenminste een half jaar in anesthesiologie of intensive care of in een van de volgende poortspecialismen: oogheelkunde (0301), KNO (0302), heekunde/chirurgie (0303), plastische chirurgie (0304), orthopedie (0305), urologie (0306), gynaecologie (0307), neurochirurgie (0308), dermatologie (0310), inwendige geneeskunde (0313), kindergeneeskunde/neonatalogie (0316), gastro-enterologie/mdl (0318), cardiologie (0320), longgeneeskunde (0322), reumatologie (0324), allergologie (0326), revalidatie (0327), cardio-pulmonale chirurgie (0328), consultatieve psychiatrie (0329), neurologie (0330), klinische geriatrie (0335), radiotherapie (0361) en sportgeneeskunde (8416).

9. Is er in het ziekenhuis (tijdens openingstijden van de SEH) tenminste een basisarts aanwezig die binnen maximaal 5 minuten na oproep op de SEH kan zijn om de luchtweg te zekeren en te reanimeren?

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja	79	79
Nee	0	0

10. Is er tijdens de openingstijden van de SEH altijd een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde* bereikbaar voor (telefonische) consultatie, en beschikbaar om de patiënt te zien voor het nemen van belangrijke beslissingen in de diagnostiek of behandeling? De beschikbaarheid kan ook regionaal georganiseerd zijn.

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja, bereikbaar en beschikbaar < 2 uur	63	65
Ja, bereikbaar en beschikbaar > 2 uur	7	5
Ja, wel bereikbaar maar niet beschikbaar	7	8
Nee, niet bereikbaar en niet beschikbaar	2	1

11. Zijn tijdens de openingstijden van de SEH de laboratorium- en radiologiefaciliteiten direct toegankelijk* om diagnostiek van acute zorgvragen te kunnen verrichten?

*Direct toegankelijk: de faciliteit is binnen 5 minuten operationeel.

- o Laboratoriumfaciliteiten

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja	79	79
Nee	0	0

- o Radiologiefaciliteiten

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja	79	78
Nee	0	1

Toelichting: Een ziekenhuis geeft aan dat gewone radiologie direct toegankelijk is, maar CT binnen 30 minuten.

12. Zijn er tijdens de openingstijden van de SEH ondersteunende specialismen bereikbaar *binnen 30 minuten* om diagnostiek van acute zorgvragen te kunnen verrichten?

- o Apotheek

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja	79	79
Nee	0	0

o Medische microbiologie

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja	79	79
Nee	0	0

o Klinische chemie

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja	79	79
Nee	0	0

13. Zijn er samenwerkingsafspraken gemaakt met één of meerdere HAP's in de regio? Waaronder over verantwoordelijkheidsverdeling bij de melding, de triage, overdracht en verwijzing van onder andere zelfverwijzers?

Antwoordcategorie	2025	2026
Ja	78	78
Nee	1	1

Toelichting: Eén ziekenhuis geeft aan dat er geen HAP op het terrein zit. Patiënten in de regio gaan voor eerstelijns spoedzorg naar HAP's op andere (ziekenhuis)locaties.

Nieuw vast te stellen kwaliteitsnorm:

14. Kan er van de volgende specialismen, een specialist *binnen 30 minuten* aanwezig zijn op de SEH?

Tabel 1 Antwoorden aanwezigheid specialismen.

Specialisme	Ja	Nee
Gynaecologie/obstetrie	76	3
Chirurgie	77	2
Interne geneeskunde	75	4
Cardiologie	77	2
Kindergeneeskunde	77	2
KNO-heelkunde	69	10
Neurologie	74	5
Anesthesiologie	76	3
Radiologie	72	7
Longziekten	76	3

Toelichting: Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat sommige specialismen niet binnen 30 minuten op de SEH aanwezig kunnen zijn. Toelichting die hiervoor wordt gegeven is dat bepaalde specialismen niet op die ziekenhuislocatie worden gezien (bijvoorbeeld Gynaecologie) maar op de andere locatie van de ziekenhuisorganisatie. Ook wordt aangegeven dat betreffende specialismen tussen 30-45 minuten beschikbaar zijn of dat er regionaal georganiseerde diensten zijn.

15. Norm bereikbaarheid poortspecialismen

Naast bovenstaande normen is in het Kwaliteitskader een norm opgenomen over poortspecialismen: "Voor de arts op de SEH is van ieder poortspecialisme bij diagnostiek en behandeling altijd een poortspecialist bereikbaar^d voor (telefonisch) overleg. De bereikbaarheid mag ook regionaal georganiseerd zijn". In het Kwaliteitskader zijn 23

^d Onder de bereikbaarheid van een zorgverlener wordt bedoeld dat deze binnen vijf minuten telefonisch, fysiek of per beeldscherm aanspreekbaar is voor overleg.

poortspecialismen beschreven. In tabel 2 staat per poortspecialisme het aantal ziekenhuizen dat heeft aangegeven of het betreffende specialisme wel of niet bereikbaar is. Uit de toelichtingen bij deze vraag blijkt dat er mogelijk een aantal ziekenhuizen zijn die de vraag hebben geïnterpreteerd als beschikbaarheid in het ziekenhuis in plaats van regionale bereikbaarheid zoals in de norm staat beschreven. De aantallen ziekenhuizen in de kolom 'nee, niet bereikbaar' betreft ook ziekenhuizen die de vraag als dusdanig geïnterpreteerd hebben (beschikbaar in huis) en mogelijk wel regionale bereikbaarheid georganiseerd hebben. Welk aandeel dat precies is, is niet uit de vragenlijst op te maken omdat de toelichting niet verplicht was en soms beperkt toelichting is gegeven.

Tabel 2 Antwoorden (regionale) bereikbaarheid per poortspecialisme.

Poortspecialisme	2025		2026	
	Ja, bereikbaar	Nee, niet bereikbaar	Ja, bereikbaar	Nee, niet bereikbaar
Oogheelkunde	79	0	79	0
KNO	79	0	79	0
Heelkunde/chirurgie	79	0	79	0
Plastische chirurgie	78	1	79	0
Orthopedie	79	0	79	0
Urologie	79	0	79	0
Gynaecologie	79	0	79	0
Neurochirurgie	71	8	78	1
Dermatologie	78	1	79	0
Inwendige geneeskunde	79	0	79	0
Kindergeneeskunde/neonatalogie	79	0	79	0
Gastro-enterologie/mdl	78	1	79	0
Cardiologie	79	0	79	0
Longgeneeskunde	79	0	79	0
Reumatologie	75	4	77	2
Cardio-pulmonale chirurgie	67	12	74	5
Consultatieve psychiatrie	76	3	79	0
Neurologie	79	0	79	0
Klinische geriatrie	76	3	76	3
Radiotherapie	68	11	67	12
Allergologie	51	28	54	25
Revalidatie	50	29	51	28
Sportgeneeskunde	29	50	28	51

Nieuw vast te stellen kwaliteitsnorm:

15.1 Is er tijdens openingstijden van de SEH voor de arts op de SEH, van de volgende specialismen bij diagnostiek en behandeling een specialist bereikbaar voor (telefonisch) overleg? De bereikbaarheid mag ook regionaal georganiseerd zijn.

Naast een tekstuele herziening van deze kwaliteitsnorm worden er naar verwachting vier specialismen gewijzigd: Anesthesiologie, Intensive care geneeskunde, Radiologie en Mond- Kaakchirurgie zijn toegevoegd, en de specialismen: Radiotherapie, Allergologie, Revalidatie en Sportgeneeskunde komen te vervallen. Bij één specialisme is een toevoeging gedaan: aan Klinische geriatrie is internist ouderengeneeskunde toegevoegd (zie tabel 3).

Tabel 3 Antwoorden (regionale) bereikbaarheid per specialisme

Specialisme	Ja	Nee
Oogheelkunde	79	0
KNO	79	0
Heelkunde/chirurgie	79	0
Plastische chirurgie	78	1
Orthopedie	79	0
Urologie	79	0
Gynaecologie	79	0
Neurochirurgie	77	2
Dermatologie	79	0
Inwendige geneeskunde	79	0
Kindergeneeskunde/neonatalogie	79	0
Gastro-enterologie/mdl	79	0
Cardiologie	79	0
Longgeneeskunde	79	0
Reumatologie	77	2
Cardio-pulmonale chirurgie	74	5
Consultatieve psychiatrie	79	0
Neurologie	79	0
Klinische geriatrie, internist ouderengeneeskunde ¹	78	1
Anesthesiologie ²	79	0
Intensive care geneeskunde ²	79	0
Radiologie ²	79	0
Mond-kaakchirurgie ²	78	1

¹ Aangepaste formulering: internist ouderengeneeskunde is hier toegevoegd.

² Nieuw toegevoegd specialisme

Toelichting: Uit de toelichtingen bij deze vraag blijkt, net als bij de reguliere uitvraag, dat er mogelijk een aantal ziekenhuizen zijn die de vraag hebben geïnterpreteerd als beschikbaarheid in het ziekenhuis en dus mogelijk wel regionale bereikbaarheid georganiseerd hebben.

16. Norm aanwezigheid zorgverleners bij traumaopvang

In het Kwaliteitskader zijn ook voor traumaopvang normen opgenomen voor de aanwezigheid van (bepaalde) zorgverleners binnen en buiten kantoortijden. De normen zijn gebaseerd op de Levelcriteria Trauma chirurgie uit 2013. De Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT) heeft de levelcriteria voor de periode 2025-2028 in november 2024 herzien maar deze zijn niet opgenomen in het Kwaliteitskader uit 2020. De resultaten van de huidige uitvraag zijn gebaseerd op de normen zoals genoemd in het Kwaliteitskader. Toetsen aan de nieuwe NVT-levelcriteria was met de huidige uitvraag niet volledig mogelijk. Het is mogelijk dat ziekenhuizen wel voldoen aan de meest recente NVT-levelcriteria, maar niet aan de verouderde normen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen.

Ziekenhuizen zijn in het geval van traumaopvang opgedeeld in level 1, 2 of 3^e. Op grond van het level zijn in het Kwaliteitskader normen beschreven binnen welke tijd na oproep zorgverleners bij een geopende SEH beschikbaar dienen te zijn. In de vragenlijst hebben ziekenhuizen zelf de levelindeling ingevuld. Met behulp van het overzicht van levelindelingen van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), is de levelindeling gecontroleerd.

Aan de normen die in het Kwaliteitskader gesteld zijn voor zorg binnen kantoor tijden voldoen 78 ziekenhuizen; een level 3 ziekenhuis voldoet op basis van de antwoorden niet volledig aan de onderdelen van het Kwaliteitskader. In dit ziekenhuis is het specialisme neurologie niet binnen de gestelde tijdsnorm van 15 minuten beschikbaar. Voor de ANW-uren geldt dat in totaal een level 1, zestien level 2 en dertien level 3 ziekenhuizen op basis van de antwoorden niet volledig voldoen aan de normen in geval van trauma zoals gesteld in het Kwaliteitskader. De redenen hiervoor zijn divers. Bij de level 1 ziekenhuizen gaat het om het niet op tijd beschikbaar hebben van een neuroloog binnen de gestelde norm van 15 minuten. Voor level 2 ziekenhuizen geldt dat het merendeel niet voldoet aan de gestelde norm voor de NVT-traumachirurg die binnen 15 minuten beschikbaar moet zijn. Alle level 2 ziekenhuizen die hier niet aan voldoen geven aan dat deze beschikbaar is tussen 15 en 30 minuten. Bij level 3 ziekenhuizen zijn de redenen waarom niet aan de norm voor ANW-uren wordt voldaan wisselend. Welke ziekenhuizen hiervan eventueel wel voldoen aan de NVT-richtlijn is op basis van de huidige uitvraag niet goed te controleren.

Beschouwing

Om te inventariseren in hoeverre ziekenhuizen met een SEH voldoen aan de normen uit het Kwaliteitskader Spoedzorgketen heeft het RIVM twee uitvragen gedaan. Een uitvraag gericht op de eerder vastgestelde normen (de reguliere vragenlijst) en een uitvraag gericht op de te actualiseren normen (de extra vragenlijst).

Het totaalbeeld van de reguliere inventarisatie onder 79 ziekenhuizen laat een toename zien in aantal ziekenhuislocaties dat voldoet aan de kwaliteitsnormen. Bij de meeste kwaliteitsnormen is er een lichte toename in het aantal ziekenhuislocaties dat aangeeft hier aan te voldoen. Een aantal ziekenhuizen heeft één of meerdere onderdelen van het Kwaliteitskader in 2026 niet geïmplementeerd. Met name de normen rondom triage, hertriage en de directe beschikbaarheid van ervaren SEH-artsen en bepaalde specialismen blijken een uitdaging voor een deel van de ziekenhuizen. Er blijven verschuivingen te zien tussen individuele ziekenhuislocaties: sommige locaties voldoen inmiddels aan normen waaraan zij voorheen niet voldeden, en andersom. Op basis van de resultaten is het niet in alle gevallen mogelijk om de onderliggende oorzaken van deze verschuivingen te achterhalen. Overigens betekent het niet voldoen aan een norm niet per definitie dat de kwaliteit van de zorg in het geding is. Om dat te bepalen betreft de IGJ de resultaten in haar toezicht.

Alle 79 aangeschreven SEH's hebben ook de extra vragenlijst ingevuld. Hieruit blijkt dat bij wijziging van de norm omtrent triage er een aantal ziekenhuizen meer voldoen in vergelijking met de eerder vastgestelde kwaliteitsnorm. De vervanging van vier (poort)specialismen leidt tot een aanzienlijke verbetering. In de reguliere uitvraag werden de specialismen radiotherapie, allergologie, revalidatiegeneeskunde en

^e Level 1 ziekenhuizen zijn traumacentra waar alle trauma patiënten altijd kunnen worden opgevangen. Level 2 ziekenhuizen kunnen ook vitaal bedreigde patiënten behandelen, maar hebben niet alle voorzieningen. Level 3 ziekenhuizen kunnen geïsoleerd letsel behandelen, zoals fracturen.

sportgeneeskunde genoemd, waarbij de norm voor de bereikbaarheid van sportgeneeskunde door de meeste ziekenhuizen niet werd gehaald (51 locaties). In de extra uitvraag zijn bovengenoemde specialismen komen te vervallen en vervangen door anesthesiologie, intensive care geneeskunde, radiologie en mond-kaakchirurgie. Slechts één ziekenhuis gaf aan geen regionale bereikbaarheid te hebben georganiseerd voor mond- en kaakchirurgie. Deze vernieuwing van de norm lijkt beter aan te sluiten bij de praktijk van de spoedzorg.

Een andere opvallende bevinding betreft vraag 3 over triage door de SEH-verpleegkundige. Dit jaar is deze vraag door 23 ziekenhuislocaties met 'Nee' beantwoord, terwijl dit er in 2025 nog 15 waren. Deze toename hangt samen met de extra vragenlijst, waarin dezelfde vraag opnieuw werd gesteld, maar nu met de toevoeging 'in 95% van de gevallen'. Door deze toevoeging hebben meer ziekenhuizen in de extra vragenlijst aangegeven niet aan deze norm te voldoen, terwijl zij in de reguliere vragenlijst nog aangaven wel te voldoen. Dat is opvallend omdat de aangepaste vraagstelling juist een versoepeling van de norm is. Ziekenhuislocaties waarbij deze inconsistentie werd vastgesteld, zijn door het RIVM benaderd met het verzoek om een nadere toelichting. Op basis van de ontvangen reacties zijn enkele eerder gegeven 'Ja'-antwoorden in de reguliere vragenlijst alsnog gecorrigeerd naar 'Nee', waardoor het aantal nu op 23 uitkomt.

Voor het interpreteren van de resultaten is het van belang te onderstrepen dat beide inventarisaties zijn uitgevoerd op basis van zelfrapportage. Het is mogelijk dat de contactpersonen van de ziekenhuizen de gestelde vragen verschillend hebben geïnterpreteerd. In sommige gevallen kan uit de toelichting bij een antwoord worden afgeleid dat een ziekenhuis aan de betreffende norm voldoet. Echter, niet elke toelichting is door het RIVM eenduidig inhoudelijk te interpreteren. Resultaten, en daarbij de vergelijkingen tussen ziekenhuizen, dienen daarom met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Ook binnen dezelfde ziekenhuislocatie kan er sprake zijn van verschillen in interpretatie tussen de reguliere uitvraag en de extra vragenlijst. Hoewel de vragen in de extra vragenlijst grotendeels dezelfde formulering hadden als in de reguliere vragenlijst, zijn er ziekenhuislocaties waar dezelfde vraag verschillend is beantwoord. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn onder andere: een andere contactpersoon, een andere interpretatie door kleine nuanceverschillen in de vraagstelling, of doordat de extra vragenlijst geen voor ingevulde antwoorden had.

Conclusie

Voor de borging van de kwaliteit van de spoedzorgketen is voldoen aan het Kwaliteitskader belangrijk. Ziekenhuizen met een SEH voldoen in toenemende mate aan de kwaliteitsnormen. Als de te vernieuwen normen worden gehanteerd is de toename zelfs wat sterker. Tegelijk blijven verschuivingen zichtbaar aan welke normen wel of niet voldaan wordt. Om inzicht te krijgen in de factoren die bepalend zijn voor het al dan niet voldoen aan het Kwaliteitskader, adviseert het RIVM om gezamenlijk met de betrokken partijen te reflecteren op de uitkomsten van deze inventarisatie. Desgewenst kan aanvullend verdiepend (kwalitatief) onderzoek hierbij ondersteuning bieden.

Referenties

(1) Zorginstituut Nederland. (2020). Kwaliteitskader Spoedzorgketen: Landelijke afspraken over de organisatie van en eisen aan de Spoedzorgketen. Utrecht, 19 februari 2020.

(2) RIVM. (2025). VZinfo.nl: Acute zorg regionale kaarten. Bilthoven, juli 2025.
<https://www.vzinfo.nl/acute-zorg/regionaal/seh>.

(3) Hulshof, T.A., Kommer, G.J., Kemper, P. (2025). Inzicht in de spoedzorg: Inventarisatie van spoedzorglocaties in 2025. Bilthoven: RIVM, 2025.
<https://www.rivm.nl/documenten/inventarisatie-van-spoedzorglocaties-in-2025>.

(4) Data.rivm.nl (2026). RIVM Vragenlijst aanbod SEH's en Acute Verloskunde. Bilthoven: RIVM.
<https://data.rivm.nl/meta/srv/dut/catalog.search#/search?any=vragenlijst%20SEH&fast=index>